



Compañía de Seguros, S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA ASSAGOLD CONDICIONES GENERALES

ASSA Compañía de Seguros S.A. de ahora en adelante **La Aseguradora**, conviene con el **Contratante** en asegurar la vida de las personas que forman parte del grupo asegurado, quienes en adelante se designarán como **Personal Asegurado**.

1.- DEFINICIONES

Beneficiario: Es la persona natural o jurídica designada por el Asegurado a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma.

Certificado de Seguro: Documento expedido por la Compañía que contiene la declaración referente al Asegurado y a la protección de seguros a que dicha persona tiene derecho.

Condición preexistente: Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado que se manifiesta antes del inicio de cualquier cobertura de esta póliza, conocida o no conocida por el Asegurado al momento de completar la solicitud o declaración de esta póliza y sobre la cual el Asegurado debió estar informado si hubiere ejercido el grado de diligencia debido.

Contratante: Es la persona natural o jurídica que aparece en las Condiciones Particulares y que establece la relación contractual con La Aseguradora con el objetivo de celebrar el presente contrato de seguro, asumiendo los derechos y obligaciones correspondientes en nombre propio y en nombre de sus empleados o miembros Asegurados.

Disputabilidad: Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios, cuando el Asegurado le ha proporcionado a la Compañía información falsa o inexacta o ha omitido proporcionarle información solicitada por la Compañía, sobre factores relevantes para la selección de riesgo.

Endoso: Es un cambio en la póliza del seguro. El endoso agrega o restringe cobertura. No es parte de la póliza original. Cuando se agrega un endoso, se convierte en una parte legal de la póliza de seguro.

Elegible: Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula de elegibilidad.

Personal Asegurado: Es toda persona natural, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Compañía y a favor de quien se ha emitido un certificado de cobertura o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Compañía y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia

Póliza: Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: La Solicitud de Inscripción, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procedieran y los Endosos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima no devengada: Aquella porción de la prima que ha sido pagada a la compañía aseguradora, pero que aún no es ganancia para la aseguradora. Es la parte que se le devuelve al asegurado en caso de cancelación de la póliza, o de cambios en la misma.

Privilegio de Conversión: El derecho a convertir o cambiar la cobertura de un tipo de seguro a otro. Por ejemplo, el derecho a cambiar una póliza individual de seguro a término a una póliza individual de seguro para toda la vida.

Requisitos de Asegurabilidad: Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Compañía al Asegurado para comprobar su buen estado de salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura.

Siniestro: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía.

Suma Asegurada: Es el monto especificado para cada cobertura contratada por el Contratante de la póliza.

Suma Libre Asegurada: Es la suma máxima asegurable a la cual tendrá derecho el asegurado sin tener que presentar pruebas de asegurabilidad o evidencias médicas.

2.- COBERTURA BASICA Y BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

La Aseguradora pagará al(los) beneficiario(s) respectivo(s) la suma correspondiente del asegurado que falleciere durante la vigencia de esta póliza por causas naturales o accidentales, menos cualquier adelanto. Por el presente contrato La Aseguradora asume la cobertura de aquellos beneficios complementarios indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

No podrá contratarse la cobertura de los beneficios complementarios con independencia del riesgo principal o cobertura básica.

3.- POLIZAS Y CERTIFICADOS EN VIGOR

Esta Póliza y los Certificados de Seguros entrarán en vigor en la fecha de vigencia que se indica en las Condiciones Particulares.

Si el contenido de la Póliza o sus endosos no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que siguen al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus endosos.

4.- REGISTRO DE LOS ASEGURADOS

La Aseguradora constituirá un registro en el cual constarán los nombres de todos los asegurados y el importe del seguro de cada uno de ellos. La Aseguradora entregará al Contratante una copia del citado registro actualizado, así como copia de los cambios posteriores debidamente aprobados por La Aseguradora.

5.- MODIFICACIONES

Toda modificación a esta Póliza deberá realizarse con previo acuerdo de La Aseguradora y del Contratante y mediante endoso a la misma.

6.- ELEGIBILIDAD

Tendrán derecho a ingresar al Grupo de Personal Asegurado a la fecha de emisión de esta Póliza o inclusiones en fechas posteriores, todas las personas de ambos sexos que cumplan con las siguientes condiciones:

- a) De 18 años hasta cumplir los 65 años
- b) Se encuentren en servicio activo y permanente (servicio activo en el desempeño normal de funciones)
- c) Reúnan los requisitos para ser asegurados según se establece en las Condiciones Particulares
- d) Presenten solicitud por escrito a través del formulario suministrado por La Aseguradora, dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que sea asegurable. Toda solicitud presentada fuera

del período antes citado o re-inclusión, deberá presentar a su costo, pruebas satisfactorias para La Aseguradora.

No son elegibles los empleados jubilados y temporales.

7.- MOVIMIENTOS

El Contratante está obligado a informar a La Aseguradora los siguientes movimientos para emitir los endosos correspondientes.

- a) **Entradas:** inclusiones de asegurados que cumplan con lo indicado en la *Cláusula 6.- Elegibilidad*, luego de ser aprobado por La Aseguradora.
- b) **Salidas:** exclusiones de asegurados por algunas de las causas siguientes:
 - Salida del grupo del personal asegurado
 - Pago del Capital del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente
 - Pago del Capital de la cobertura básica o de los beneficios de accidentes
 - Cumplimiento de la edad de salida del seguro principal
- c) **Modificaciones:**
 - Aumentos o reducciones de las sumas aseguradas y tomarán efecto desde la fecha de comunicación por el Contratante, en la próxima facturación y sujeto a la aprobación de La Aseguradora. Para tales fines, podrá solicitar, en el caso de aumentos de suma asegurada, la documentación que estime conveniente.
 - En caso de que el citado aumento de suma asegurada fuese rechazado por la Aseguradora, el Asegurado continuará en el seguro cubierto por la suma anterior.

8.- CERTIFICADO INDIVIDUAL

La Aseguradora entregará a cada asegurado por intermedio del Contratante, un Certificado Individual en el cual se harán constar los beneficios y clasificación del riesgo que tiene derecho el Asegurado y la fecha inicial del Seguro.

9.- PRIVILEGIO DE CONVERSION

La presente Póliza no da derecho al privilegio de conversión a menos que forme parte integrante y sea anexada a la presente por medio de las Condiciones Particulares correspondientes y siempre que sea remitida a La Aseguradora la prima aplicada para este beneficio.

10.- DETERMINACION DE LA PRIMA

La prima total del grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo asegurado de acuerdo con su edad y suma asegurada.

En cada fecha de vencimiento del endoso de facturación, se calculará la prima media por mil de la suma asegurada para todos los movimientos.

11.- TERMINO DE PAGO DE LA PRIMA

Las primas pueden ser pagaderas con frecuencia anual, semestral, trimestral o mensual. Los cambios en la frecuencia de pago deberán solicitarse por escrito y serán aplicados en la siguiente renovación.

El contratante deberá cumplir con el pago total de la prima de la póliza de seguros, de forma periódica según la frecuencia de pago de la póliza, por lo cual contará con un período de treinta (30) días calendario para el pago de cada prima, este período se entiende como mes corriente.

El pago de cualquier prima sólo surtirá efecto mediante la entrega hecha por La Aseguradora al Contratante, de un recibo impreso y debidamente firmado por el representante o por cualquier apoderado de la Compañía, que acredite dicho pago.

Si el Contratante incumple con el pago total a la emisión de la póliza, cualquiera que sea la frecuencia de pago, conllevará a la nulidad absoluta de la póliza, por lo cual se entenderá que la póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, por lo cual no se aplicará lo dispuesto en el *artículo 998 del Código de Comercio*, según dispone el *artículo 154 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012*.

12.- PERÍODO DE GRACIA

La Compañía otorga un período de gracia de treinta (30) días para el pago de cualquier prima fraccionada correspondiente que no sea la inicial, para mantener la Póliza en vigor hasta el próximo día de aniversario mensual. Este período de gracia empezará desde el día siguiente en que vence el mes corriente, es decir, desde el día siguiente en que el contratante debió realizar el pago de la prima fraccionada subsiguiente, según lo previsto en la póliza de seguro.

Si la muerte del Asegurado ocurriera dentro del período de gracia, cualquiera prima vencida y no pagada será deducida de la liquidación de esta Póliza.

13.- SUSPENSION DE LA COBERTURA

Si no se cumple con el pago de la prima según el calendario de la póliza, y la morosidad se extiende por más del periodo de gracia, el contratante habrá incurrido en incumplimiento de pago, y la póliza de seguro entrará en efecto jurídico inmediato de suspensión de cobertura, el cual se mantendrá hasta por un plazo de sesenta (60) días calendario, según lo dispuesto en el *artículo 156 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012*.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo que dispone el *artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012*.

Si el siniestro ocurre durante el plazo de suspensión de cobertura de la póliza, no habrá lugar a indemnización alguna.

14.- CANCELACION POR FALTA DE PAGO

Si el contratante se atrasa por más del periodo de gracia, habrá incumplimiento de pago y la póliza entrará de forma automática en el efecto jurídico de suspensión de cobertura, pasado éste período de suspensión y si el Contratante no ha efectuado el pago requerido se procederá con la cancelación de la póliza, conforme al procedimiento del artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012:

“Todo aviso de cancelación de la póliza de seguro deberá ser notificado mediante envío al contratante a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la Aseguradora. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros.

Cualquier cambio de dirección del Contratante deberá notificarlo a la Aseguradora, de lo contrario se tendrá como válido el último que conste en el expediente de la póliza de seguro.

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante por escrito, con una anticipación de quince días hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.”

Si la Compañía no hace la notificación requerida, el Contrato subsiste. En caso de que la póliza de seguro no se haya cancelado durante el plazo en que se encuentra en suspensión cobertura y ocurra un siniestro luego de vencido este plazo, el mismo tendrá cobertura y recibirá el asegurado la cantidad convenida en el seguro, menos la suma debida por prima con sus intereses al tipo comercial corriente en plaza.

Se entenderá hecha esta notificación de incumplimiento de pago en la fecha del envío de la misma al Contratante.

15.- CAMBIO DE TARIFAS

La Aseguradora se reserva el derecho de reajustar la tarifa de la póliza en, o después de la fecha del primer aniversario de la misma, únicamente una vez cada año de la póliza, siempre y cuando le dé al Contratante un aviso por escrito. La Aseguradora se reserva igualmente, el derecho de reajustar la tarifa en cualquier fecha que se le haga una enmienda a esta póliza, dando al contratante un aviso no menor de treinta (30) días de dicho cambio. En ambos casos el Contratante se reserva el derecho de rechazar el reajuste de la tarifa durante el término de treinta (30) días.

16.- RENOVACION DE LA POLIZA

La Aseguradora, mediante un endoso, podrá renovar la presente Póliza a fin de cada año de su vigencia, bajo las mismas condiciones en ella estipulada, siempre que el Contratante cubra a su vencimiento, o dentro de los treinta días de espera, el monto de la prima en la forma convenida y no sean ejercidas las facultades de cancelación.

En cada renovación se calculará la nueva prima usando el mismo proceso que sirvió para determinar la de la presente Póliza y se aplicarán las tarifas que en esa fecha tenga en vigor La Aseguradora, de acuerdo con las edades alcanzadas por los asegurados en la fecha de renovación.

La falta de pago de la prima o primera fracción de prima, según lo pactado en la póliza, conlleva la nulidad absoluta del contrato desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

17.- PARTICIPACION A LAS UTILIDADES

Bajo la presente Póliza no se concede ninguna participación en los resultantes del seguro de grupo a menos que la correspondiente cláusula adicional forme parte integrante de la misma y sea anexada a la presente Póliza.

18.- CANCELACION DE LA POLIZA

La presente Póliza podrá ser cancelada:

- a) Por cualquiera de las partes mediante previo aviso por escrito dado a la otra parte cuando menos quince (15) días de anticipación y la cancelación surtirá efecto al vencer dicho período de quince (15) días, a las doce (12) horas mediodía del día fijado para tal cancelación.
- b) Por La Aseguradora, cuando el número de personas que formen el grupo asegurado quedare reducido a menos del 75% del grupo asegurable y a menos de 10 asegurados.
- c) Por el incumplimiento del pago de las primas conforme lo estipulado en la *Ley de Seguros No. 12 del 3 de abril de 2012*.

La cancelación será efectiva a partir del vencimiento próximo de la prima.

En cualquier caso de cancelación de la presente Póliza, quedarán sin efecto todos los seguros individuales cubiertos por la misma, salvo las obligaciones pendientes a cargo de La Aseguradora en ese momento.

19.- TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro individual de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro
- b) Por finalización de la relación laboral con la empresa
- c) Por cancelación de la Póliza
- d) La fecha en que sea pensionado o jubilado
- e) En la fecha que el Asegurado cumpla 70 años.

Los incisos a, b y d anteriores deberán ser comunicadas a La Aseguradora por medio del Contratante. El seguro será cancelado en la fecha en que La Aseguradora haya recibido comunicación por escrito.

20.- LIQUIDACION DE LA SUMA ASEGURADA

En caso de fallecimiento de un Asegurado, el Contratante tendrá que comunicarlo a La Aseguradora dentro de los (5) cinco días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento del mismo, adjuntando al aviso el certificado de defunción correspondiente, la prueba de edad del mismo, así como una declaración médica referente a la causa de la defunción.

21.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Cualquiera de los asegurados bajo esta Póliza designa al beneficiario de su seguro y podrá modificarlo en cualquier momento mediante solicitud escrita a La Aseguradora, quien sin incurrir en responsabilidad, pagará la suma asegurada al último beneficiario registrado.

En caso de haberse designado a más de un beneficiario y de que el asegurado haya dejado de especificar en tal designación el derecho respectivo que tenga cada beneficiario, éstos recibirán partes iguales.

Si uno de los beneficiarios principales no viviere o no quisiere recibir su parte, ésta se distribuirá en partes iguales al otro u otros beneficiarios principales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara. De igual forma aplica para los beneficiarios contingentes, si fuere el caso.

En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuar el pago, La Aseguradora se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante tribunal competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirla, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad con los beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización. Si no hubiere ningún beneficiario con vida, a no ser que se indique lo contrario, el pago se consignará ante un Tribunal competente a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirlo.

22.- EDAD

La edad declarada por los miembros del Grupo Asegurado deberá comprobarse legalmente, lo que puede hacerse al celebrar el inicio del Contrato de Seguro o con posteridad, presentando a La Aseguradora la prueba fehaciente de la edad, en cuyo caso La Aseguradora extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir pruebas posteriormente. Si en la vida de los miembros asegurados, de dicha comprobación resulta:

- a) Que la edad verdadera al expedirse esta Póliza era mayor de la que aparece en el Certificado de Seguro, el Contratante está obligado a pagar a La Aseguradora la diferencia correspondiente de prima por el período que falte hasta el siguiente vencimiento de esta Póliza
- b) Que la edad verdadera al expedirse esta Póliza era menor que en la que el Certificado de Seguro aparece, La Aseguradora reducirá la prima de acuerdo con la edad correcta del miembro asegurado y devolverá al Contratante la diferencia que hubiere entre la nueva prima y la última pagada, correspondiente al período que falte hasta el siguiente vencimiento de esta Póliza
- c) Que la edad verdadera era mayor del límite de 69 años o menor de 18 años fijados por La Aseguradora para expedir los Certificados de Seguros, el Certificado quedará cancelado y La Aseguradora devolverá la parte de prima no devengada por el mismo.
- d) Si al fallecimiento de algunos de los miembros del grupo asegurado resulta que la edad manifestada fue incorrecta, La Aseguradora pagará la suma asegurada que con la última prima pagada hubiere comprado en la fecha del último ingreso interrumpido como miembro asegurado, siempre que su edad esté dentro de los 18 a 69 años.

23.- SUICIDIO

No se cubrirá dentro de los riesgos cubiertos por la presente Póliza, el de suicidio consciente o inconsciente, si ocurriere dentro de los dos primeros años de seguro o de cualquier rehabilitación del mismo.

La Aseguradora solamente devolverá la parte de la prima no devengada en la fecha en que ocurra el fallecimiento. Este será el total del pago que hará La Aseguradora por el Certificado correspondiente.

24.- RIESGO EXCLUIDO

Toda indemnización que se genere bajo las coberturas de la presente póliza excluye la participación activa o pasiva del o los asegurados en actos de guerra (declarada o no), guerra civil o extranjera, motines, sedición o rebelión, operación militar, huelga, tumulto, actos terroristas o secuestro. Así mismo se excluye las que se originen a consecuencia de transformación nuclear o radiación causada por la aceleración artificial de las partículas atómicas, al igual que cualquiera contaminación química o bacteriológica.

25.- DUPLICADO DE POLIZA Y CERTIFICADOS

En caso de que por extravío, destrucción o cualquier otra causa esta Póliza dejare de hallarse en poder del Contratante o cualquier certificado individual en poder del Asegurado, los interesados podrán obtener su sustitución por un duplicado, si solo solicitan por escrito, mencionando como tuvo lugar la pérdida.

Las modificaciones o endosos que se hagan en el duplicado a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

26.- DISPUTABILIDAD E INDISPUTABILIDAD

El Contrato de seguro de grupo solamente será disputable por omisión o inexacta declaración de los datos necesarios para la apreciación del riesgo, durante los dos (2) primeros años de su vigencia. En los mismos términos serán disputables los derechos de las personas aseguradas, antes de que cumplan dos (2) años de pertenecer al Grupo Asegurado. No obstante, cuando para la adhesión al seguro de grupo se exija como requisito indispensable, reconocimiento médico, las aplicaciones individuales serán indisputables desde la fecha de emisión.

27.- CLAUSULA DE PRE-EXISTENCIA

Quedará sin efecto cualquier reclamación por condiciones existentes previo al inicio de cobertura bajo este seguro.

28.- JURISDICCION

Se conviene conforme al *artículo 251 (Factores de competencia) de la Ley de Seguros*, que la Superintendencia de Seguros tendrá la facultad privativa de conocer y decidir en la vía administrativa las quejas y denuncias que, por violación a las normas establecidas en esta Ley, interpongan los consumidores de seguros en contra de las aseguradoras hasta por un monto de veinticinco mil balboas (B/.25,000.00), o aquellas quejas que, sin tener una cuantía determinada, guarden relación con el derecho a la información, o a prácticas inadecuadas de mercado que resulten en perjuicio del consumidor de seguros, salvo las que se refieran a publicidad inexacta o engañosa. Una vez la Superintendencia tome conocimiento de estas quejas y/o denuncias por incumplimiento de normas de seguro de protección al consumidor de seguros y por razón del interés que protege y la naturaleza de la actividad, no habrá intervención alguna, simultánea de otra autoridad.

La Junta Directiva de la Superintendencia de Seguros tendrá la facultad de actualizar los montos establecidos en este *artículo 251 de la Ley de Seguros*, cuando lo estime conveniente, tomando en cuenta, entre otros criterios, el índice de precios al consumidor.

En caso de que la Superintendencia de Seguros no sea competente, las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Panamá, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución, interpretación o aplicación del presente contrato y para tal efecto, el Contratante(s), Asegurado(s), Beneficiario(s) y Cesionario(s) renunciarán expresamente al fuero de sus domicilios.

29.- PRESCRIPCION

Las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en el término de un (1) año, a partir del día en que ocurra el siniestro.

30.- AVISO Y COMUNICACIONES-DOMICILIO

Los avisos y comunicaciones que, con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes, deberán ser formulados por escrito y dirigidos al domicilio señalado por las partes. Para estos efectos La Compañía señala como domicilio el indicado en la carátula de la Póliza, y el Contratante, el lugar de la República de Panamá indicado en la Solicitud de Seguro y a través del Corredor de Seguros.

Esta Póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que el personal asegurado y sus Dependientes inscritos residen en la República de Panamá. En caso de que alguno de los asegurados cambiara de país de residencia, o se estableciera por un tiempo mayor de tres (3) meses en otro país, la cobertura quedará automáticamente nula una vez transcurrido dicho plazo, procediéndose a la devolución de la prima correspondiente.

ANEXOS: BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

Los siguientes Beneficios Complementarios están sujetos al pago de la prima adicional por cada uno; salvo que el Contratante los incluya expresamente en la solicitud de seguro colectivo y se especifiquen en las Condiciones Particulares de esta póliza o mediante endosos, los Beneficios Complementarios adjuntos a estas condiciones Generales, no se considerarán parte de esta póliza, ni de sus coberturas.

MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

INDEMNIZACIÓN

Este beneficio tiene como fin el pago de un monto adicional si la muerte del Asegurado ocurre como consecuencia de una causa exterior violenta e involuntaria y que genera daño al Asegurado.

Igualmente queda incluida la pérdida total o parcial, o la inhabilitación de algún miembro de su cuerpo, así como la enajenación mental que ocurra al Asegurado como consecuencia de un accidente. El monto pagado bajo esta cobertura deberá ser descontada de la suma asegurada total de la cobertura de Muerte Accidental.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Se considera accidente un evento exclusivo y directamente externo, súbito, involuntario o violento, que cause una lesión física que, por sí sólo e independientemente de toda y cualquier otra causa, tenga como consecuencia directa la muerte o la pérdida de algún miembro del Asegurado dentro de los noventa (90) días desde la fecha de ocurrencia del accidente y que pueda ser comprobado por un médico.

Se incluyen en el concepto de Accidente, las lesiones como resultado de:

- a) La acción de temperatura del ambiente o influencia atmosférica, cuando el Asegurado quede expuesto a éstas como consecuencia de un accidente cubierto;
- b) La asfixia o intoxicación por vapores o gases;
- c) La asfixia por inmersión u obstrucción;
- d) Alteraciones anatómicas o funcionales de la columna vertebral, de origen traumática, causadas exclusivamente por fracturas o luxaciones radiológicas comprobadas.

No se incluyen en el concepto de Accidente:

- a) Las enfermedades (incluidas las profesionales), cualesquiera que sean sus causas, aunque provocadas, desencadenadas o agravadas, directa o indirectamente por el accidente, excepto la infecciones, estados septicémicos y embolia, resultante de herida visible;
- b) Las complicaciones como consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, mientras no sea consecuencia de accidente cubierto;
- c) Envenenamiento o infección (salvo que sean causados por medio de una lesión accidental);
- d) Suicidio o tentativa de suicidio, sea voluntario o inconsciente;
- e) Acto intencional del asegurado o del beneficiario de la póliza o acto que sobrevenga al Asegurado mientras se encuentre en estado de perturbación mental, de embriaguez o bajo la influencia de estupefacientes o drogas;
- f) Accidentes que sobrevengan al asegurado a consecuencia de actos negligentes de su parte o de la realización de actividades sin las precauciones o medidas de seguridad requeridas para la práctica de tal actividad;
- g) Uso de material nuclear para cualquier fin, incluido la explosión nuclear provocada o no, bien como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes;
- h) Actos u operación de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación u otras perturbaciones de orden público y resultante de éstos;
- i) Fenómenos de la naturaleza, como huracanes, ciclones, terremotos, maremotos, desbordamientos de ríos o lagunas, erupciones volcánicas y otras convulsiones de la naturaleza;
- j) Infracción a las leyes o reglamentos de seguridad pública, falta grave o acción punible del Asegurado, duelos o riñas causados por el mismo;

- k) Consecuencia de ejercicios o deportes peligrosos, sea en carácter de profesional o aficionado, tales como carreras o concursos en automóvil, motocicleta o a caballo; justas, apuestas o luchas de cualquier clase; viajes a regiones inexploradas;
- l) Cuando el Asegurado viaje en aeronaves, salvo como pasajeros en líneas regulares autorizadas. Excepto cuando por giras médicas u otros compromisos profesionales deban viajar en aeronaves (incluso helicópteros) del Servicio Aéreo Nacional o Motonaves del Servicio Marítimo Nacional;
- m) Cualquier tipo de hernia y sus consecuencias;
- n) Parto o aborto y sus consecuencias;
- o) Shock anafiláctico y sus consecuencias;
- p) Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, salvo por ingestión de alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado, bien como las intoxicaciones consecuencia de acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por un médico y como consecuencia de un accidente cubierto.

MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN

El monto máximo a pagar correspondiente a éste beneficio nunca superará el monto adquirido bajo esta cobertura, es decir, si después de pagar una indemnización por la pérdida de algún miembro, ocurriera la muerte del Asegurado, como consecuencia del mismo accidente o de un nuevo evento, el monto a indemnizar bajo este beneficio le será descontado el monto o los montos pagados como consecuencia de la pérdida del o los miembro(s). Igualmente la suma de las indemnizaciones por pérdida de miembro no podrá exceder el monto adquirido bajo este beneficio.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Posterior a la conclusión del tratamiento o agotados los recursos terapéuticos para la recuperación del Asegurado, y verificada la existencia de la invalidez permanente o temporal como consecuencia de la pérdida total o parcial de un miembro, la cual debe ser avalada por un médico. La Compañía también podrá solicitar una evaluación al asegurado con un médico designado por éste, en caso de ser necesario. La Compañía pagará al Asegurado una indemnización, de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR LA PÉRDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS

TIPO DE INVALIDEZ	PÉRDIDA DE	% SOBRE LA SUMA ASEGURADA
T O T A L	Pérdida total de la visión de ambos ojos	100
	Pérdida total del uso de ambos miembros superiores	100
	Pérdida total del uso de ambos miembros inferiores	100
	Pérdida total del uso de ambas manos	100
	Pérdida total del uso de un miembro superior y un miembro inferior	100
	Pérdida total del uso de una mano y de un piés	100
	Pérdida total del uso de ambos piés	100
	Alienación mental total e incurable	100
P A R C I A L	Pérdida total de la visión de un ojo	30
	Pérdida total de la visión de un ojo, cuando el Asegurado no tuviera la otra vista	70
	Sordéz total e incurable de ambos oídos	40
	Sordéz total e incurable de uno de los oídos	20
	Mudéz incurable	50
	Fractura no consolidada del maxilar inferior	20
	Inmovilidad del segmento servical de la columna vertebral	20
	Inmovilidad del segmento toraco-lumbo-sacra de la columna vertebral	11

Este modelo de póliza ha sido aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No.DRL-71 del 31-10-2016.

P A R C I A L M I E M B R O S S U P E R I O R E S	Pérdida total del uso de uno de los miembros superiores	70	
	Pérdida total del uso de una de las manos	60	
	Fractura no consolidada de uno de los húmeros	50	
	Fractura no consolidada de uno de los segmentos rádiocubital	30	
	Anquilosis total de uno de los hombros	25	
	Anquilosis total de uno de los codos	25	
	Anquilosis total de uno de los puños	20	
	Perdida total del uso de uno de los dos pulgares, incluye el metacarpiano	25	
	Perdida total del uso de uno de los dos pulgares, excluye el metacarpiano	18	
	Pérdida total del uso de la falange distal del pulgar	9	
	Pérdida total del uso de uno de los dos dedos índice	15	
	Pérdida total de uno de los dos dedos meñique o uno de los dos dedos medios	12	
	Pérdida total de uno de los dos dedos anulares	9	
	La pérdida total del uso de cualquier falange, excluidas las del pulgar: la indemnización equivale a 1/3 del valor del dedo respectivo		
P A R C I A L M I E M B R O S I N F E R I O R E S	Pérdida total del uso de uno de los dos miembros inferiores	70	
	Pérdida total del uso de uno de los dos pies	50	
	Fractura no consolidada de un fémur	50	
	Fractura no consolidada de uno de los segmentos tibia-perones	25	
	Fractura no consolidada de la rótula	20	
	Fractura no consolidada de un pie	20	
	Anquilosis total de una de las rodillas	20	
	Anquilosis total de uno de los tobillos	20	
	Anquilosis total de una cadera	20	
	Perdida parcial de uno de los pies, esto es, pérdida de todos los dedos y de una parte del mismo pies	25	
	Amputación del 1er. (primer) dedo	10	
	Amputación de cualquier otro dedo	3	
	Pérdida total del uso de una de las falanges del 1er. Dedo, la indemnización equivale a 1/2, e de los demás dedos, equivale a 1/3 del respectivo dedo		
	Acortamiento de uno de los miembros inferiores:		
- de 5 (cinco) centímetros o más	15		
- de 4 (cuatro) centímetros	10		
- de 3 (tres) centímetros	6		
menos de 3 (tres) centímetros no se indemniza			

- a) No quedando abolidas por completo las funciones de un miembro u órgano lesionado, la indemnización por la pérdida parcial es calculada por la aplicación del porcentaje previsto en la tabla para la pérdida total del grado de reducción funcional presentado. A la falta de indicación del porcentaje de reducción y siendo informado apenas el grado de reducción como máximo, medio o mínimo, la indemnización será calculada respectivamente en base a los porcentajes 75%, 50% y 25%.

- b) En los casos no especificados en la tabla, la indemnización se establecerá tomándose como base la disminución permanente de la capacidad física del Asegurado, independientemente de su profesión u ocupación.
- c) Cuando en un mismo accidente resulte la invalidez de más de un miembro u órgano, la indemnización total debe ser calculada sumando los porcentajes respectivos, cuyo total no puede exceder el 100% (cien por ciento). De la misma forma, habiendo dos o más lesiones en un mismo miembro u órgano, la suma de los porcentajes correspondientes no puede exceder la indemnización prevista por la pérdida total de dicho miembro u órgano.
- d) Para efecto de la indemnización, la pérdida o la mayor reducción funcional de un miembro u órgano ya con función defectuosa antes del accidente, debe ser reducida del grado de invalidez definitiva.
- e) La pérdida de dientes y de los daños estéticos que sufran estos, no da derecho a la indemnización por invalidez permanente.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN ACCIDENTE

Aviso: deberá notificarse dentro de los diez (10) días calendario que siguiere a un accidente. El Asegurado o sus beneficiarios, deberán hacerlo constar por un reconocimiento médico, o a la falta de éste, por cualquier otro medio legal y notificarlo a la Compañía. El certificado médico o la prueba respectiva relatarán las causas del accidente y las consecuencias posibles del mismo.

Intervención de la Compañía: la Compañía tendrá derecho de cerciorarse, cuantas veces lo considere oportuno, por medio de sus médicos u otros agentes, del estado del Asegurado, víctima de un accidente.

Evidencias: es responsabilidad del Contratante, Asegurado o sus beneficiarios proporcionar a la Compañía las evidencias que comprueben el siniestro y que justifique la indemnización por muerte o incapacidad total o parcial por pérdida de miembro u órgano.

Exámenes médicos: La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo este beneficio complementario.

En caso de muerte del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios o sucesores prestar su conformidad.

Si fueren imprescindibles para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales, la autopsia o la exhumación, deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

Pago de la Indemnización: la Compañía pagará al Asegurado toda indemnización producto de incapacidad total o parcial por desmembramiento y a los beneficiarios designados en caso de muerte del Asegurado.

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO COMPLEMENTARIO:

Este beneficio complementario será cancelado por cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) **Al cumplir el Asegurado 70 años de edad;**
- b) **Al terminar el Seguro Colectivo de Vida de Grupo;**
- c) **Cuando el Asegurado deje de formar parte del grupo de personas elegibles;**
- d) **Cuando el Asegurado sufra un accidente que dé derecho a una de las indemnizaciones establecidas en esta cláusula y se agote el mismo;**
- e) **Cuando la entidad Contratante lo solicite por escrito.**

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LIQUIDACION DEL CAPITAL ASEGURADO EN CUOTAS MENSUALES

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio cubre el pago de la Suma Asegurada de la cobertura de Muerte, en sesenta (60) mensualidades en caso de una Incapacidad Total y Permanente, así como la inhabilitación total y permanente, como consecuencia de enfermedad o de accidente para desempeñar, por cuenta propia o en relación de dependencia, cualquier actividad remunerativa u ocupación de la que pueda generar alguna utilidad pecuniaria, siempre que tales circunstancias hayan continuado ininterrumpidamente por doce (12) meses como mínimo.

Igualmente se considera Incapacidad Total y Permanente la pérdida completa e irremediable de la vista de ambos ojos, la amputación de ambos pies arriba de los tobillos, de ambas manos arriba de las muñecas o de un pie y una mano por entero.

Una vez aprobada la incapacidad total y permanente por La Aseguradora, el Asegurado queda automáticamente excluido de la Póliza. Y una vez pagada las sesenta 60 mensualidades, La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad con relación al pago de esta indemnización.

Si el Asegurado fallece mientras se esté pagando esta cobertura, el Beneficio de Muerte a pagar será igual a la Suma Asegurada menos los montos pagados bajo esta cobertura.

La resolución que emite la Caja de Seguro Social que concede la pensión por Invalidez para realizar sus trabajos habituales o laborales, podrá ser utilizada como referencia mas no será determinante para conceder la incapacidad total y permanente. Este beneficio sólo indemniza por la Incapacidad Total y Permanente para el desempeño de cualquier trabajo remunerado y no por la disminución de la capacidad laboral.

BENEFICIO

En caso de que el Asegurado se encuentre en estado de incapacidad total y permanente antes de cumplir la edad de 60 años, La Aseguradora procederá a liquidar una cantidad igual a la suma que aparece en su Certificado Individual del Seguro Colectivo de Vida en sesenta (60) cuotas mensuales consecutivas e iguales por adelantado. Comprobada la invalidez, el beneficio tendrá efecto a partir del día primero del sexto mes que siga a la fecha de ingreso del reclamo en la Compañía.

Una vez pagada todas las cuotas, queda automáticamente excluido el Asegurado de la Póliza.

Si el Asegurado fallece mientras se esté pagando esta cobertura, el Beneficio de Muerte a pagar será igual a la Suma Asegurada menos los montos pagados bajo esta cobertura.

EXCLUSIONES

No habrá derecho a indemnización:

- a) **Cuando la Incapacidad Total y Permanente resulte de lesiones corporales infligidas intencionalmente por el propio asegurado estando o no en uso de sus facultades mentales, o que les hayan sido causadas intencionalmente por sus beneficiarios o familiares.**
- b) **Cuando la Incapacidad Total y Permanente resulte de lesiones que sufra el asegurado, al cometer o tratar de cometer atracos y otros actos delictuosos o infracciones o cualquier violación o intento de violación a la Ley o duelos o riñas provocadas por el asegurado.**
- c) **Cuando la Incapacidad Total y Permanente sea a consecuencia de problemas psiquiátricos, alcoholismo o drogadicción.**
- d) **Cuando la Incapacidad Total y Permanente resulte de una lesión corporal sufrida, o de una enfermedad contraída por el asegurado, antes de la vigencia de su certificado de seguro o ingreso a la Póliza.**

- e) Cuando el asegurado participe en competencia de velocidad, de automovilismo, de motociclismo así como práctica de boxeo, lucha libre, carreras de caballo, o la práctica de deportes extremos.
- f) Cuando el asegurado viaje en aeronaves, salvo como pasajero de líneas regulares autorizadas.
- g) Cuando el asegurado participe en trabajos u operaciones submarinas.

PRUEBAS

Para evaluar la Incapacidad Total y Permanente de un asegurado, la Compañía podrá solicitar la resolución que emite la Caja de Seguro Social en la que determina una Incapacidad Total y Permanente para el desempeño de cualquier trabajo remunerado, y cualquier otra documentación. Adicional podrá solicitar al asegurado la evaluación con un médico designado por la Compañía para validar la condición de incapacidad total y permanente.

Para ajustar cualquier reclamación, derivada de esta cláusula, La Aseguradora se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad.

RECUPERACION DE CAPACIDAD

La Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por año, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la incapacidad, incluido un examen médico por uno de sus facultativos. Si estas pruebas no fueran producidas dentro de los treinta (30) días de habérselas pedido en forma o si el Asegurado dificultara su verificación o si la incapacidad hubiera dejado de ser total, La Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas y, si el Asegurado se reintegrara a sus tareas, tendrá derecho a que continúe en vigor su seguro por un capital reducido equivalente al originario, disminuido de las cuotas percibidas por el Asegurado hasta la fecha de rehabilitación.

TERMINACION AUTOMATICA DEL SEGURO

La cobertura del riesgo de incapacidad total y permanente, previsto en esta cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa,
- b) a partir del aniversario del seguro más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 60 años,
- c) al retirarse el empleado del servicio activo del empresario o sociedad.

CANCELACION OPCIONAL DEL SEGURO

El Contratante podrá, en cualquier aniversario de la póliza, cancelar este beneficio solicitándolo por escrito a La Aseguradora para que esta anote el endoso respectivo.

PRIMA

Este beneficio se concede mediante el pago de una prima que figura en la póliza del Seguro Colectivo de Vida.

MUERTE O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE EN HECHOS ESPECÍFICOS

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

BENEFICIO

La Aseguradora pagará la suma asegurada descrita bajo esta cobertura, siempre que la muerte o el desmembramiento del Asegurado ocurra a consecuencia de un accidente y dentro de los 90 días siguientes del accidente en hechos específicos.

Entiéndase por accidente en hechos específicos, todo accidente que ocurra cuando el asegurado:

- a) Se encuentre viajando como pasajero en algún vehículo terrestre, operado regularmente por una empresa de transporte público sobre una ruta establecida normalmente para el servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo o a consecuencia de ello; o
- b) Se encuentre viajando como pasajero dentro de un ascensor de pasajeros que opere para el servicio público (no incluye ascensores de mina u otros); o
- c) Se encuentre en un edificio de libre acceso al público.

Esta garantía solamente puede ser contratada conjuntamente con el Beneficio Complementario de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembramiento.

PLAZO DE LA COBERTURA

El accidente deberá haber ocurrido con posterioridad a la fecha de efectividad del asegurado en la póliza y antes de que dicho asegurado cumpla los 70 años de edad. Será indemnizable siempre que la póliza y el asegurado se hallen en pleno vigor mediante el pago de las primas convenidas.

CASOS NO CUBIERTOS

Además de los casos enumerados en el punto “DEFINICIÓN DE ACCIDENTE” de las Condiciones del Beneficio Complementario de Doble Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios de Desmembramiento, están excluidos de la garantía de este beneficio complementario los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como Piloto, Copiloto o simple pasajero.

INFORME SOBRE EL ACCIDENTE

Aviso: deberá notificarse dentro de los diez (10) días calendario que siguiere a un accidente. El Asegurado o sus beneficiarios, deberán hacerlo constar por un reconocimiento médico, o a la falta de éste, por cualquier otro medio legal y notificarlo a la Compañía. El certificado médico o la prueba respectiva relatarán las causas del accidente y las consecuencias posibles del mismo.

El asegurado o beneficiario deberá proporcionar y facilitar las pruebas que La Aseguradora estime necesaria para demostrar que el siniestro ha sido causado por un accidente en hechos específicos.

La Aseguradora se reserva el derecho de hacer practicar una autopsia en presencia de uno de sus facultativos y los gastos que este represente serán asumidos por La Aseguradora.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se hará a los beneficiarios nombrados en caso de la pérdida de la vida y al asegurado en caso de desmembramiento.

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO COMPLEMENTARIO

Se aplicarán las condiciones del punto “CANCELACIÓN DEL BENEFICIO COMPLEMENTARIO” de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembramiento.

ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

BENEFICIO

Mediante este beneficio y como forma de liquidación adicional, en caso de muerte del Asegurado, La Aseguradora acuerda pagar a un beneficiario principal nombrado en la solicitud y en un término de 48 horas desde la notificación, la Suma Asegurada adquirido bajo esta cobertura según se muestre en las Condiciones Particulares.

El pago del adelanto estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) La póliza debe estar vigente y las primas pagadas.
- b) Presentación del certificado médico de defunción.
- c) La Aseguradora debe recibir el consentimiento de los beneficiarios principales, en el caso que sean más de (1) uno.

Una vez la documentación requerida sea recibida por La Aseguradora, el pago se realizará dentro de las 48 horas siguientes.

ADELANTO DE COBERTURA BASICA PARA EL CUIDADO DEL ASEGURADO

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

BENEFICIO

La Aseguradora adelantará para el cuidado del Asegurado hasta un monto máximo, según se indica en las Condiciones Particulares de la póliza con un máximo de \$100,000.00, durante la vida del Asegurado y sólo si éste desarrolla una enfermedad terminal diagnosticada por un médico, después de 90 días de la fecha efectiva de ingreso a la póliza colectiva de vida y que con seguridad médica razonable, resultará en la muerte dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha del diagnóstico.

Para los efectos de este beneficio el término "**MEDICO**" significa un individuo autorizado para practicar la medicina en el territorio en el cual se recibe el tratamiento. **MEDICO** no incluye al Asegurado ni a ningún familiar inmediato.

Entiéndase por familiar inmediato al cónyuge, hijos, hermanos, padres o abuelos del Asegurado.

El pago del adelanto estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) La póliza debe estar vigente y las primas pagadas.
- b) La Aseguradora debe recibir el diagnóstico médico aceptable por la misma.
- c) La Aseguradora debe recibir el consentimiento de los beneficiarios nombrados, en caso de que el asegurado no esté en capacidad de hacer por sí mismo la solicitud de beneficio.
El beneficio será pagadero al asegurado, y en caso de que no esté en capacidad de hacerlo efectivo, el beneficio será pagadero a la persona que en común acuerdo designen los Beneficiarios.
- d) No se concede ningún adelanto si la enfermedad terminal es resultado de lesiones intencionalmente causada a sí mismo.
- e) Este beneficio deberá ser solicitado por el asegurado en nota dirigida a La Aseguradora y en caso de que este no pueda realizar la misma, se deberá enviar la nota firmada por cada uno de los Beneficiarios y acompañada de una nota del médico tratante donde certifica la incapacidad del asegurado para firmar.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

La Aseguradora pagará los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios, razonables y acostumbrados, hasta el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, antes de la fecha en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad y que tal lesión provenga directamente de un accidente cubierto en la Póliza, bajo el beneficio complementario de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembramiento.

DEFINICION DE ACCIDENTE

Se entiende por accidente toda lesión corporal que pudiera ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado que provenga directamente de una causa exterior violenta e involuntaria.

EXTENSION DE LA COBERTURA

La Aseguradora no impone al Asegurado ninguna restricción con respecto a su ocupación, residencia o viajes, con la única limitación, en cuanto al riesgo aéreo, de que los viajes en aeronaves están cubiertos solamente cuando se trate de vuelos en aviones de líneas aéreas comerciales autorizadas en calidad de simple pasajero.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE PÉRDIDA

Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas que siguieren a un accidente, el Asegurado o beneficiario, deberán hacerlo constar por un reconocimiento médico, o a falta de éste, por cualquier otro medio legal, y notificarlo a la Aseguradora.

La Aseguradora tendrá derecho de cerciorarse, cuantas veces lo considere oportuno, por medio de sus médicos u otros agentes, del estado del Asegurado, víctima de un accidente.

Incumbe al Contratante, al Asegurado o a sus beneficiarios la prueba de las lesiones que den lugar a pago de gastos médicos, son el resultado directo e inmediato de los accidentes garantizados en esta Póliza.

INDEMNIZACION EN CASO DE ENFERMEDAD POR CANCER

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

OBJETO DEL SEGURO

Este beneficio otorga al Asegurado, en concepto de beneficio complementario, un seguro contra el riesgo de muerte por cáncer, el cual protegerá al Asegurado hasta el aniversario de pago de primas más próximo a la fecha en que el mismo cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, siempre que:

- a) La mencionada enfermedad sea diagnosticada por primera vez al Asegurado dentro de la vigencia de este seguro complementario.
- b) La mencionada enfermedad se haya producido cuando menos después de noventa (90) días de participación en forma continua al Seguro Colectivo de Vida de Grupo por parte del Asegurado y después de la efectividad de este beneficio complementario.

DEFINICION

Bajo las condiciones de este seguro complementario, entiéndase por cáncer una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presente en uno o más tejidos corporales o aparezca en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia.

PRUEBA DE LA ENFERMEDAD

El cáncer debe ser diagnosticado por un médico especializado en medicina, con base a un examen microscópico o especializado al efecto (ya sea biopsia o autopsia).

BENEFICIO

La Aseguradora, al recibo de las debidas pruebas de muerte por cáncer de un Asegurado, pagará a los beneficiarios nombrados en la solicitud, además de la suma garantizada en el Seguro Principal (Básico), la cantidad estipulada por este beneficio complementario que no podrá exceder la suma asegurada bajo el Seguro Principal (Básico) y, de cualquier modo, no podrá nunca sobrepasar el importe de \$50,000.00.

La Aseguradora está dispuesta a anticipar las sumas que deberán ser usadas solamente para reembolsar los gastos médicos razonables y necesarios incurridos por el tratamiento del Asegurado por la enfermedad de cáncer y para lograr su recuperación.

La Aseguradora solamente cubrirá los excedentes no cubiertos por los otros seguros que proporcionen al Asegurado reembolso de los gastos médicos.

El importe de estos anticipos en su conjunto no podrá ser mayor al importe de la suma asegurada bajo este beneficio. La suma asegurada para este beneficio complementario se reducirá por el monto de los adelantos efectuados, quedando vigente la diferencia. En caso de fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará la diferencia pendiente entre la suma asegurada y el total de los adelantos efectuados.

PAGO DE LA INDEMNIZACION

El pago de las indemnizaciones se hará a los beneficiarios nombrados en la solicitud en caso de pérdida de la vida y al Asegurado en caso de reembolso de gastos médicos.

CANCELACION

Este beneficio complementario quedará cancelado en los siguientes casos:

- a) **En el aniversario de pago de primas más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.**
- b) **Al extinguirse el Seguro Colectivo de Vida de Grupo.**

- c) Cuando el Asegurado deje de formar parte del grupo de personas elegibles.
- d) Cuando la Entidad Contratante expresamente lo solicite por escrito.

PRIMAS

El presente beneficio complementario se concede mediante el pago de la prima correspondiente.

PRIVILEGIO DE CONVERSION

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales de la Póliza.

Si su seguro de vida termina debido a que su empleo termina, usted puede solicitar una póliza individual de seguro de vida (llamada una póliza de Conversión) sin dar información acerca de su salud. Este beneficio termina en el momento que el asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.

La emisión de una póliza de conversión está sujeta a las siguientes condiciones:

- a) Usted puede solicitar por cualquiera de nuestras pólizas de vida individual, excepto de seguro a término. Usted no puede solicitar ninguna cobertura adicional, o cobertura que contenga beneficios de incapacidad o beneficios adicionales en caso de muerte accidental.
- b) Usted puede solicitar por una cantidad que no sea mayor que la cantidad de seguro de vida de grupo terminado
- c) La prima para su póliza de conversión será a nuestra tarifa normal para ese tipo de póliza, de acuerdo con:
 - Su clase de riesgo
 - Su edad en el día en que la póliza sea efectiva
- d) Usted deberá entregar su solicitud por escrito y su prima de conversión a nosotros dentro de los 30 días después que su seguro de vida de grupo termina o reduzca (Cualquier póliza emitida bajo este privilegio de conversión y sus estipulaciones, será efectiva al final del periodo de treinta y un días durante el cual puede hacer solicitud para la póliza y será un lugar a todos los beneficios bajo esta provisión).

Si su seguro de vida de grupo termina debido a la terminación de la Póliza Maestra, o terminación de una clase, y usted ha estado asegurado bajo la Póliza Maestra por lo menos sesenta (60) meses consecutivos, usted puede solicitar dentro de 30 días una póliza de conversión. La emisión de la póliza de conversión está sujeta a las condiciones (a), (b), (c), (d) citadas arriba. Su seguro de vida convertido no podrá exceder:

- a) La cantidad de seguro de vida de grupo terminado menos la cantidad de cualquier otro seguro de vida de grupo por el cual usted ha sido declarado elegible dentro de 30 días.
Si usted muere durante el período en que estaba solicitando una póliza de conversión, nosotros pagaremos la cantidad de seguro de vida de grupo al que usted tenía derecho a convertir.
Si nosotros emitimos una póliza de conversión y usted nuevamente es elegible para seguro de vida de grupo bajo la póliza Maestra, la cobertura llega a ser efectiva únicamente si:
- b) Usted termina la póliza de conversión; o
- c) Usted presenta, por su propia cuenta, evidencia de buena salud aceptables por nosotros (Sujeta a aprobación de nuestra compañía).



ASSA Compañía de Seguros, S.A.